

Année 1897

THÈSE

N°

403

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 23 juin 1897, à 1 heure

PAR

Louis THARREAU

Né à Bégrolles (Maine-et-Loire), le 13 Mars 1871

KYSTES

de l'ÉPIDIDYME

Président : M. TILLAUX

Juges : MM. { CHAUFFARD
JALAGUIER
LEJARS

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des Boulangers - 29

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

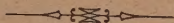
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le mercredi 23 juin 1897, à 1 heure

PAR

Louis THARREAU

Né à Bégrolles (Maine-et-Loire), le 13 Mars 1871



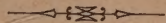
KYSTES de l'ÉPIDIDYME



Président : M. TILLAUD

Juges : MM. { CHAUFFARD
JALAGUIER
LEJARS

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des Boulangers - 29

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	N.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

M. N...

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES ANCIENS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Ancien Président de la Société de Chirurgie
Chirurgien de la Charité
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'étude des kystes de l'épididyme a suscité de nombreuses recherches et des travaux multiples ; c'est aujourd'hui une question assez bien connue, mais qui présente néanmoins encore un réel intérêt. En effet, si l'ensemble de cette affection est étudié, il en reste encore quelques côtés cliniques sur lesquels on a peu insisté. Quant à la Pathogénie qui préside à leur formation, elle n'est pas encore complètement élucidée, bien que de nombreuses théories aient été émises sur ce point. Ce sont surtout les kystes spermatiques dont la genèse a été controversée, expliquée de façons diverses.

Nous n'avons pas la pensée de toucher cette question certainement difficile, ni même de décrire quelques signes ignorés de ces productions pathologiques. Nous nous proposons une tâche plus modeste et plus simple.

Ayant observé quelques cas de kystes de l'épididyme dans le service de M. le professeur Le Dentu, nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Nous commencerons par jeter un très rapide coup d'œil sur l'histoire de ces kystes, cherchant

plus à rappeler les noms les plus importants qu'à faire une énumération fastidieuse. Ensuite nous étudierons successivement l'anatomie pathologique et la pathogénie, les symptômes et le traitement.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons, au terme de nos études médicales, à adresser un public hommage de reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté Libre de Lille.

Nous prions M. le professeur Tillaux qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, de recevoir tous nos remerciements.

HISTORIQUE

Les anciens ne connaissaient pas les kystes de l'épididyme; pour eux, d'ailleurs, le kyste quel qu'il fut, était constitué par « l'accumulation de la pituite » c'est dire combien vagues étaient leurs connaissances sur ces tumeurs.

John Hunter (1) est, croyons-nous, le premier qui ait attiré l'attention sur ces kystes; encore les divisait-il simplement en kystes naturels (hydrocèle) et kystes accidentels. Pourtant le nom de kystes de l'épididyme n'avait pas encore été prononcé et Sir A. Brodie, en 1827, décrivait ces kystes ainsi, d'une façon assez précise, comme hydrocèle enkystée d'un testicule. « La membrane, dit cet « auteur, était mince et son contenu incolore; il avait « le volume d'une noix et s'attachait à la partie « antérieure du testicule au dessous de l'épididyme. » En 1834, le même auteur revient sur ce sujet, mais on ne signala guère de faits semblables et Gerdy

John Hunter. — Leçons sur les principes de chirurgie, 1786.

n'en dit que peu de mots, tandis que Richerand, Dupuytren, etc., les passent complètement sous silence dans leurs ouvrages.

Pourtant, en Angleterre, les chirurgiens firent sur ce point d'importantes recherches anatomo-pathologiques qui commencèrent à jeter quelque lumière sur cette affection. Jusqu'en 1843, dit M. Poirier, le mot de spermatocèle existait, mais il désignait seulement le gonflement du testicule par rétention du sperme que l'on observe quelquefois chez les individus continents et que Després a nommé « *orchite par rétention* ».

Velpeau dans une clinique de 1840, parla d'un cas de kyste spermatique ; mais c'est surtout Liston et Lloyd en Angleterre qui décrivirent, en 1843, les kystes de l'épididyme à contenu spermatique ; l'un d'eux faisait de ces productions une véritable dilatation des voies spermatiques, et l'autre montrait qu'un tel kyste pouvait contenir plus de spermatozoaires qu'un testicule normal tout entier.

L'année suivante, James Paget (1) insista sur la multiplicité de ces kystes et sur leur nature différente, les uns contenant des spermatozoaires dont les autres sont dépourvus. Dès cette époque, la distinction entre les grands kystes et les petits kystes commençait à s'établir nettement.

(1) James Paget. — On account of the elimination of a cyst containing seminal fluid. Medico chirurgial transactions. — Vol. XXVII, p. 398. 21 juin 1844.

Le premier travail vraiment marquant sur les kystes de l'épididyme est un mémoire de Gosselin, publié en 1848, dans les archives générales de médecine; distinguant les petits kystes des grands, il envisage ces derniers, dont le liquide contient des spermatozoaires, comme étant toujours d'origine traumatique. Mais il modifia bientôt sa manière de voir pour se rattacher à l'opinion de Curling lorsqu'il en fit les annotations.

Dolbeau fit de ce sujet l'objet de nombreuses recherches; en 1854, il en publia quelques résultats dans le *Moniteur des Hôpitaux*, puis dans la *Gazette hebdomadaire* en 1862; de ses injections au mercure, il conclut que les kystes prenaient naissance dans des dilatations des vaisseaux efférents qui arriveraient à s'isoler complètement. Depuis, la théorie de Dolbeau a rencontré d'assez nombreux partisans; en 1857 à la Société de chirurgie, Verneuil (1) s'y ralliait entièrement; Virchow en 1863, Reclus, Monod et Arthaud (2) défendent encore la même opinion.

Curling dans son traité des maladies du testicule, pense tout autrement, de même que Broca dans son traité des tumeurs; ils admettent que les kystes de l'épididyme se développent aux dépens des débris du corps de Wolff. Cette théorie à laquelle la thèse

(1) Verneuil : *Soc. de chir.* 1857.

(2) Monod et Arthaud : *Arch. de physiol.* 1885.

de Follin (1) avait donné naissance, est encore défendue récemment par Vautrin (2) dans la Revue de chirurgie.

En Allemagne, M. Hochenegg, (3) assistant du professeur Albert, établit, pour un certain nombre de cas au moins, la possibilité d'une origine lymphatique. Enfin, au congrès de Berlin 1890 et dans la Revue de chirurgie ensuite, M. Poirier (4) a publié le résultat de ses recherches qui ont porté sur 500 testicules, nombre dont l'importance est incontestable. Pour lui, la genèse des petits kystes se rattache à l'évolution de la séreuse vaginale.

Parmi les thèses, assez récentes pour quelques-unes, nous ne relevons guère d'interprétation pathogénique nouvelle et presque tous les auteurs se bornent à soutenir les opinions précédemment émises, en rapportant quelques nouveaux cas.

Citons les noms de Marcé (5) en 1856, de Thinus (6) en 1873, de Hüe (3) la même année, de Villegente (8) en 1874, de Bricard (9) en 1877, de Deladrière (10) en 1879, de Delattre (11) en 1882, de de Biran (12) en 1887.

(1) Follin : *Thèse* 1851.

(2) Vautrin : *Revue de Chir.* 1889.

(3) Hochenegg : *Wiener med. Jahrbuch.* 1885.

(4) Poirier : *Congrès de Berlin et Revue de chir.* 1890.

(5) Marcé : thèse de Paris, 1856.

(6) Thinus : thèse de Strasbourg, 1873.

(7) Hüe : thèse de Paris, 1873.

(8) Villegente : thèse de Paris, 1874.

(9) Bricard : thèse de Paris, 1877.

(10) Deladrière : thèse de Paris, 1879.

(11) Delattre : thèse de Paris, 1882.

(12) De Biran : thèse de Paris, 1887.

En 1877, Delhayé (1) avait étudié la formation d'hématocèles dans ces kystes épидидymaires.

En 1887, nous trouvons encore une thèse de Nancy due à Barbot (2). Enfin, plus récemment la thèse de Dominguez (3) en 1891, et en 1896 celle de Bouju (4), inspirée par Rémy, dans laquelle l'auteur étudie particulièrement la thérapeutique de ces kystes. Il montre que les kystes de l'épididyme récidivent souvent après l'injection iodée et propose de les traiter par l'extirpation en s'entourant des précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

L'extirpation permet de voir et d'enlever les petits kystes qui accompagnent souvent les grands et sont cause de récidives. Pour les kystes extra-vaginaux, l'opération est facile; les éléments du cordon et la tunique vaginale demeurent intacts et la section du pédicule n'intéresse qu'une faible partie de l'épididyme et des voies spermatiques qui le traversent. Pour les kystes intra-vaginaux, l'extirpation doit forcément être précédée de l'incision de la vaginale, mais les précautions antiseptiques rendent cette incision tout à fait inoffensive.

Rappelons enfin, pour terminer, les articles classiques de Follin et Duplay, du manuel de pathologie externe de Reclus, Kirmisson, Peyrot et

(1) Delhayé : thèse de Paris, 1877.

(2) Barbot : thèse de Nancy, 1887.

(3) Dominguez : thèse de Paris, 1891.

(4) Bouju : thèse de Paris, 1896.

Bouilly ; les articles des dictionnaires et particulièrement celui de F. Reclus dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre et celui du traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

A tous ces travaux importants à divers points de vue, nous devons faire de nombreux emprunts pour mener à bien cette rapide étude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE & PATHOGÉNIE

Nous n'insisterons pas ici sur les dispositions anatomiques du testicule de l'épididyme et des voies spermatiques ; nous ne parlerons pas non plus de la formation du *Vas Aberrans* de Haller, des différents diverticules possibles développés au dépens du *rete-testis* et dont Herle, Poirier, Roth, de Bâle, ont signalé l'existence. De même, nous passerons sous silence la description de l'Hydatide pédiculée de Morgagni qui termine en avant la tête de l'épididyme celle du corps de Giraldès et des débris du corps de Wolff.

Ces descriptions se trouvent dans les divers traités d'anatomie et d'embryologie, mieux exposées que nous ne saurions le faire.

Mais en nous basant sur ces données connues d'anatomie et d'embryologie, nous pourrions comprendre les diverses théories émises pour expliquer la production des kystes de l'épididyme.

Les kystes de l'épididyme sont encore aujour-

d'hui rangés suivant la classification de Gosselin et on les divise avec lui en petits kystes et en grands kystes. Les petits kystes peuvent avoir le volume d'un pois ou d'un noyau, tandis que les grands kystes peuvent contenir au contraire 30, 50 grammes et même jusqu'à 1000 et 1100 grammes.

Leur siège est assez différent; les petits kystes se rencontrent surtout entre le corps de l'épididyme et le testicule, tandis que les grands kystes occupent plus ordinairement la partie postéro-supérieure de ce conduit.

D'ailleurs les petits kystes peuvent aussi siéger sur le testicule lui-même à sa partie supérieure et externe : les uns sont sessiles, les autres présentent un pédicule plus ou moins rétréci formé par le feuillet viscéral de la séreuse vaginale; mais quel que soit leur siège, ils sont toujours dépendants de l'épididyme.

Ces petits kystes ne communiquent pas avec les voies spermatiques. Dans la poche, parfois très épaisse et scléreuse, tapissée par un revêtement épithélial, on trouve un liquide séreux et jamais spermatique. Le liquide clair et citrin, contient des sels et de la cholestérine, quelquefois un peu de sang : il est alors assez trouble et épais. Parfois encore on ne voit que la poche qui s'est rompue et ratatinée.

Les grands kystes ont une paroi mince au contraire, mais assez résistante, constituée par du tissu cellulo-fibreux et tapissée intérieurement par un

épithélium qui se disquamme vite. Leur contenu peut être clair, opalin, séreux; il est légèrement albumineux. Dans d'autres cas, il est grisâtre, trouble et contient des spermatozoïdes : de là la division en kystes séreux et kystes spermatiques.

Remarquons en passant que les kystes spermatiques sont souvent plus gros et multiloculaires.

Enfin il est fréquent de constater d'autres lésions concomittantes. C'est ainsi que les petits kystes des vieillards vont souvent avec le varicocèle. D'autre part, les grands kystes qui peuvent s'accompagner de petits kystes au dire de M. Bouju, entraînent souvent une irritation de la séreuse et un degré plus ou moins intense de vaginalite avec hydrocèle.

Telles sont succinctement exposées les lésions que l'on rencontre et dont nous allons maintenant aborder la pathogénie. Ici les théories sont nombreuses et, disons-le dès l'abord, il ne nous semble pas que l'on puisse se rattacher exclusivement à une seule d'entre elles.

1° *Théorie de l'épanchement spermatique.* — Cette théorie soutenue par Gosselin et Sédillot, admet que sous l'influence d'un traumatisme, ou par réplétion brusque, l'un des cônes ou le canal de l'épididyme lui-même se rompe et le sperme s'épanche dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme : ce liquide se collecte et irritant le tissu qu'il refoule, produit la néoformation d'une poche membraneuse, capable elle-même de sécréter ensuite un

liquide séreux qui dilue le sperme et augmente les dimensions du kyste.

Outre que les organes sont bien protégés pour être atteints par un traumatisme, on peut objecter que souvent les kystes sont primitivement séreux et secondairement deviennent spermatiques, que les spermatozoaires y sont alors extrêmement nombreux et, fait important, qu'ils se retrouvent dans le liquide après ponctions répétées.

Mais le principal argument est la présence de l'épithélium qui tapisse la poche et dont les cellules sont cubiques ou cylindriques.

A cette théorie, l'on peut rattacher l'opinion ancienne de Lloyd et de Childs qui considéraient ces kystes comme des hydrocèles au liquide desquelles le sperme se mélangeait à la faveur de la blessure des voies spermatiques dans une ponction.

Cette manière de voir ne saurait être défendue aujourd'hui pas plus que celle de James Paget et de Broca.

En somme, si le traumatisme peut être cause d'un kyste, le fait doit être très rare.

2° *Théorie de la dilatation des voies spermatiques.* — Cette théorie qui remonte à Liston, a été défendue par Verneuil et par Reclus. Monod et Arthaud l'ont aussi admise pour expliquer les petits kystes de la tête de l'épididyme chez le vieillard. D'ailleurs elle a en sa faveur de nombreuses constatations anatomiques.

On sait depuis les recherches de Dolbeau, Verneuil, Reclus, Poirier, Dominguez, etc.... que la partie antérieure de l'épididyme est de résistance moindre que la partie postérieure et que les parois, faibles par place, sont susceptibles de céder à la pression et de se laisser refouler en donnant naissance à de véritables diverticules en doigt de gant, pouvant ultérieurement se laisser distendre plus encore, par amincissement de leurs parois. Sur les cônes, on retrouve dans les injections au mercure les mêmes particularités.

Il est vrai que ces dilatations sont surtout fréquentes après 40 ans (Reclus), époque à laquelle la spermatogénèse est certainement moins active que jusqu'à cet âge; mais la rétention spermatique peut s'observer par absence d'émission ou par obstacle à l'émission, surtout par ce dernier mécanisme. Tantôt, c'est un noyau à la queue de l'épididyme, reliquat d'une blennorrhagie; tantôt c'est une inflammation consécutive à des traumatismes répétés, ou des brides coudant les vaisseaux efférents. La sclérose sénile (Verneuil) agirait de la sorte. Ces kystes seraient analogues à ceux de certains ovaires scléro-kystiques.

En résumé, deux ordres de causes, la rétention et l'altération des parois seraient à la fois mis en avant dans cette théorie séduisante à plus d'un point de vue. Mais cette opinion n'explique pas les kystes

situés vers la queue de l'épididyme ni les grands kystes spermatiques.

3° *Théorie de l'origine Wolffienne.* — Cette théorie est celle qu'ont soutenue Follin, Broca, Verneuil, Vautrin. Elle rattache la genèse des kystes épидидymaires à l'évolution du corps de Wolff : les uns séreux naîtraient des débris de cet organe qui demeurent isolés ; les autres spermatiques prendraient leur origine dans un tube qui est encore en connexion avec les voies séminales, comme le vas aberrans de Haller, par exemple.

Ce serait donc les débris du corps de Wolff, vasa aberrantia hydatide pédiculée de Morgagni, tubes de Follin, corps innominé de Giraldès qui donneraient naissance à des kystes séreux ou spermatiques, soit qu'ils communiquent avec les voies séminales normalement, soit que cette communication résulte d'un traumatisme comme le voulaient Curling et Broca.

De ces kystes ainsi compris, on pourrait rapprocher les kystes du ligament large chez la femme.

4° *Théorie de l'origine séreuse.* — Cette théorie soutenue d'abord par Gosselin dans un travail des *Archives générales de médecine*, reprise et complétée par M. Poirier, semble devoir rendre très exactement compte des kystes de petit volume qui ne sont jamais spermatiques, s'énucléent facilement sans présenter de rapports avec les voies séminales et siègent entre l'épididyme et le testicule.

5° *Théorie lymphatique et sanguine.* — Selon Hochenegg, il y aurait des kystes de l'épididyme liés à l'oblitération et à la dilatation de vaisseaux lymphatiques d'une part (Nepven et Dupuy 1872), ou à de petits foyers hémorrhagiques suivant les cas. Sans nier leur existence, il faut avouer que ce sont là des raretés. Suivant cet auteur, les premiers auraient des parois minces à revêtement interne endothélial, tandis que les seconds à parois très épaisses renfermeraient du liquide épais et brunâtre.

Après avoir passé en revue les diverses théories émises pour expliquer la genèse des kystes de l'épididyme, il nous semble que plusieurs d'entre elles méritent l'attention car elles sont édifiées sur des constatations anatomo-cliniques indéniables. C'est assez dire que, selon nous, une seule théorie ne saurait rendre compte de tous les faits et que plusieurs doivent être vrais.

Sans doute, au point de vue clinique, la division en petits kystes et grands kystes est commode et utile; mais elle n'est peut-être pas conforme à l'exacte vérité, puisque comme le montre Bouju, les deux peuvent coexister et ceci expliquerait pour cet auteur les récidives.

Sans vouloir discuter plus longuement l'opinion de Bouju, nous dirons seulement qu'aujourd'hui où la pathogénie de ces kystes est mieux connue, il y aurait peut-être intérêt à les diviser suivant leur origine. Cette division serait, en tous cas, plus scientifique.



SYMPTOMES

Le début des kystes de l'épididyme est assez variable : tantôt il est brusque, accompagné de douleur, c'est le cas le moins fréquent, celui où il s'agit d'une origine traumatique. Mais encore est-il juste de remarquer que, plus souvent peut-être en pareille occurrence, c'est un kyste dans lequel l'accident fait rompre un point des voies spermatiques.

Dans d'autres cas, les plus communs, le début est lent et progressif, sans douleur : le kyste n'apparaît pas brusquement comme dans la forme précédente, il débute par un très petit volume, et c'est tout au plus quand il a acquis les dimensions d'une aveline ou d'une noix que le malade s'en aperçoit, croyant parfois à la présence d'un troisième testicule.

Mais l'indolence n'est pas constante, et il est de petits kystes qui sont extrêmement douloureux et peut-être faudrait-il attribuer à ce fait souvent les douleurs des varicocèles qui coexistent dans bon nombre de cas.

Lorsque le kyste se développe en devenant intra-vaginal, il y a souvent une réaction de cette séreuse et la production d'un degré variable d'hydrocèle qui peut gêner le diagnostic et même le rendre tout à fait impossible.

Un fait assez constant dans le développement de ces kystes, c'est leur accroissement par poussées saccadées. Toutefois on les a vus rarement diminuer spontanément, à moins qu'ils ne se rompent dans la vaginale.

Une fois développé, le kyste ayant atteint le volume d'un œuf au moins, parfois beaucoup plus, se reconnaît aux caractères suivants :

A la vue, la partie externe d'une des bourses paraît soulevée, légèrement saillante et le malade se plaint surtout de tiraillements et de gêne liés au volume et au poids de la tumeur.

Au palper, on sent une masse que la percussion montre mate, éloignant immédiatement la possibilité d'une hernie. Cette tumeur est tantôt fluctuante, tantôt rénitente, lorsque les parois sont épaisses ou le liquide à haute pression. Elle a souvent une forme multilobée soit que des brides à sa surface donnent cette apparence soit que la collection soit réellement multiloculaire avec ou sans communication entre les diverses loges dont le liquide n'est même pas toujours identique.

Son siège à l'origine paraît être entre l'épididyme et le testicule, mais un peu en avant, on sent

le testicule, et une légère dépression le sépare toujours plus ou moins du kyste. Mais le canal épидидymaire échappe le plus souvent à la recherche des doigts, on le trouve seulement en arrière, semblant sortir de la tumeur même. Un autre symptôme fort important dont parle M. Tillaux dans son traité de clinique et sur lequel M. Le Dentu a tout particulièrement attiré l'attention dans une de ses cliniques récentes encore, c'est la possibilité de mobiliser le testicule sur la tumeur. Quand on saisit d'une main le testicule, que sa sensibilité spéciale révèle toujours au clinicien et de l'autre main la tumeur, on voit qu'on peut imprimer à la glande séminale des mouvements étendus ou limités, sur la production pathologique susjacente; sans doute dans cette mobilisation, on finit par entraîner le kyste avec l'organe, mais au début du mouvement, le testicule se déplace seul sur la formation kystique. Ce signe pourrait permettre de différencier certaines hydrocèles en particulier d'avec les kystes épидидymaires.

Enfin, si l'on recherche la transparence avec une lumière et le stéthoscope, tantôt on la trouve et tantôt elle fait défaut. La plupart des auteurs classiques admettent que les kystes séreux sont transparents et que l'absence de ce signe doit faire penser aux kystes spermatiques. Cette manière de voir ne nous paraît pas absolument exacte. Certainement les kystes séreux sont transparents comme l'hydrocèle vaginale en général, mais il se peut très

bien qu'un kyste ayant subi quelques poussées aiguës ayant d'épaisses parois, ne soit absolument pas transparent, malgré son contenu clair et limpide. N'observe-t-on pas la même chose dans beaucoup de vieilles hydrocèles?

En outre, l'opacité peut tenir à des hémorrhagies dans le kyste, hémorrhagies dues le plus souvent à des ruptures de petits vaisseaux néoformés; elle peut être due à la présence de nombreuses paillettes de cholestérine, à des granulations graisseuses abondantes.

Enfin, comme on peut le voir dans plusieurs observations et en particulier dans deux de celles que nous rapportons, le kyste spermatique peut très bien être transparent; mais il faut remarquer pourtant en passant que la transparence y est moins nette que dans l'hydrocèle par exemple. Au lieu de percevoir une teinte rouge rosée, éclatante, lumineuse, on n'a pour ainsi dire qu'une demi-transparence.

D'ailleurs, l'erreur ne serait guère préjudiciable au malade, car l'extirpation du kyste est le traitement de choix quel que soit le contenu de la poche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Le nommé François Car..., âgé de 50 ans, exerçant la profession de balayeur, entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 4, dans le service de clinique de M. le professeur Le Dentu, le 11 février 1896, pour une tumeur des bourses.

Antécédents. — Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires; son père et sa mère sont morts, il ne sait de quelle maladie.

Personnellement, il a eu les maladies communes des enfants; de plus, il y a quinze ans, il a souffert d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu; il a eu du gonflement de toutes les articulations et a dû garder le lit pendant cinq semaines. Il nous dit qu'à cette époque il avait aussi de l'albumine dans les urines; mais cela n'a pas duré. Après cette maladie, il est resté plusieurs mois essoufflé au moindre effort.

Il entre actuellement à l'hôpital pour une tumeur qu'il porte dans la bourse droite. Cette tumeur a paru il y a trois ans; à cette époque, en levant une boîte assez pesante, il a senti, nous dit-il, un petit craquement, comme si quelque chose se déchirait dans la bourse. Il n'y fit point attention tout d'abord; mais bientôt, la douleur qu'il avait ressentie au moment de l'accident ne disparaissant pas, bien que peu aiguë, le malade eut l'attention attirée de ce côté.

Cette douleur continuelle et sourde, était plutôt une sensation de pincement, de tiraillement et de pesanteur qu'une souffrance véritablement aiguë.

Au bout de quelques jours, il s'aperçut qu'il existait une grosseur située en arrière et au-dessus du testicule droit. Cette tumeur était à cette époque du volume d'une grosse noisette à peu près; au palper, elle était peu sensible, et le malade spécifie bien que primitivement la grosseur était nettement séparée du testicule; elle ne faisait pas corps avec lui.

Peu à peu cette tumeur a augmenté de volume et semble être descendue, car elle est au contact de la glande séminale avec laquelle elle fait corps.

Jamais cette tumeur n'a été réductible, jamais elle ne s'est modifiée sous l'influence de la toux ou de l'effort; le malade remarque seulement que dans ces derniers temps surtout, il a perdu des forces et que la région lui semblait particulièrement pesante et un peu douloureuse quand il avait beaucoup marché ou qu'il avait eu quelques fatigues.

A son entrée à l'hôpital, l'examen local donne les résultats suivants: la partie droite semble plus volumineuse que la gauche; cependant la peau des bourses n'est pas modifiée de ce côté, elle présente la coloration normale. Au palper, on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule et qui est absolument accolée au testicule; cependant en palpant avec soin, on peut arriver à sentir une dépression en forme de sillon qui marque la limite de l'organe et de la tumeur qui lui adhère. Cette grosseur ne peut en effet être mobilisée sans entraîner la glande séminale, et diversement.

La pression permet de limiter aussi le testicule par la sensation spéciale qu'elle réveille. Quant à la tumeur, elle n'est pas tout à fait uniforme et présente une disposition bilobée assez nette; elle répond à la partie postéro-supérieure de la glande, et sa grosse extrémité est en haut.

Sa consistance est molle et permet de sentir la fluctuation même d'un lobe à l'autre ; sa surface est lisse et n'adhère en aucun point aux téguments. Lorsqu'on tend la peau sur la tumeur et qu'on saisit celle-ci comme pour l'énucléer on voit à l'aide du stéthoscope et de la lumière qu'elle est transparente, tandis que la partie inférieure obscure est bien formée par le testicule.

De la partie postéro-supérieure de la tumeur, on sent se détacher les éléments du cordon spermatique qui ne semblent pas être modifiés et ne sont point douloureux à la pression. Mais il est impossible de suivre l'épididyme ; le palper le plus minutieux ne permet pas de le sentir.

La tumeur n'est absolument pas réductible vers le canal inguinal ; d'ailleurs l'exploration de cette région laisse constater que l'anneau externe n'est pas dilaté. Lorsque le malade se tient debout et marche, lorsqu'il fait un effort, le volume des bourses n'en est pas modifié. En introduisant la pulpe de l'index dans l'anneau, on ne sent aucune impulsion abdominale ; il n'y a donc pas trace de hernie.

La tunique vaginale ne paraît pas enflammée ; il n'y a pas en tous cas d'hydrocèle.

M. Le Dentu porte le diagnostic de kyste de l'épididyme, kyste probablement simple, en raison de la transparence parfaite de la tumeur. Toutefois une réserve est faite pour la possibilité d'un kyste spermatique, car ces tumeurs peuvent parfois donner la transparence.

Par ailleurs, rien à relever dans l'examen des organes, sauf un léger souffle mitral à la pointe du cœur et des traces seulement d'albumine dans l'urine.

Le malade est laissé au repos jusqu'au 14 février, jour où il est opéré par M. Le Dentu.

Après avoir incisé les téguments sur la tumeur en suivant son grand axe, on arrive sur la tunique vaginale que l'on ouvre, et la tumeur est amenée au dehors ; il s'agit bien

d'un kyste de l'épididyme ; ce kyste est bilobé par la présence d'une mince bride conjonctive qui ne s'est pas laissé distendre par le liquide : les parois sont minces et transparentes.

Une ponction faite avec un petit trocard donne issue à du liquide opalescent, légèrement trouble et grisâtre, un peu filant. Il s'agit donc d'un kyste spermatique, d'ailleurs l'examen microscopique du liquide pratiqué le matin même montre de nombreux spermatozoaires.

La poche kystique est disséquée avec soin jusqu'au point où elle adhère au testicule ; le pédicule est sectionné et on cautérise la surface de section avec la solution de chlorure de zinc au vingtième.

Un premier plan de sutures au catgut reconstitue la tunique séreuse ; puis on suture au crin les téguments. Un petit drain est laissé dans la partie la plus déclive de l'incision. Pansement iodoformé.

Les suites opératoires ont été très simples. Le malade n'a pas eu la moindre élévation de température ; le quatrième jour au premier pansement on retire le drain, et le huitième jour on enlève les points de suture. La réunion par première intention était complète sauf au niveau du drain. Le trajet de ce dernier s'est vite comblé et le malade, guéri, quitte l'hôpital le 29 février 1896 pour aller en convalescence à l'asile de Vincennes. Au moment de la sortie, la cicatrisation était parfaite : le testicule du côté opéré restait fixé un peu haut dans la bourse et il y avait au palper une légère sensibilité sur le trajet du cordon spermatique.

Ce malade revu en avril 1896, va très bien ; il n'accuse plus aucune douleur et le palper n'est plus sensible.

OBSERVATION II (Personnelle).

Jacques Coub..., blanchisseur, âgé de 67 ans, entré à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 6, dans le service de M. le professeur Le Dentu, le 8 février 1896, se plaignant d'avoir une grosseur dans les bourses.

Antécédents. — Son père est mort d'une fluxion de poitrine à soixante-trois ans; il avait une hernie. La mère est morte vers l'époque de la ménopause sans qu'il sache de quelle maladie.

Ce malade a eu plusieurs affections dans son bas âge. A onze ans, il a pris la fièvre scarlatine; l'année suivante il aurait eu la fièvre typhoïde. Plus tard, à vingt-six ans, il a été atteint d'une pneumonie, puis il a eu deux écoulements blennorrhagiques successifs à vingt et un ans et vingt-deux ans. Il en est parfaitement guéri, il n'a pas conservé de goutte militaire et n'a présenté aucune complication du côté de l'épididyme et du testicule.

En 1870, il a fait une chute de voiture; pendant un effort violent qu'il fit durant l'accident, il ressentit une vive douleur dans le bas-ventre et vers l'aîne gauche et s'aperçut qu'il avait une hernie inguinale gauche; mais la tumeur herniaire ne descendait pas dans les bourses. A cette époque, il ne portait aucune tumeur dans la scrotum et il ne peut préciser d'une manière formelle à quelle époque a paru celle qu'il présente actuellement; il croit cependant qu'elle n'existe pas depuis beaucoup plus an; c'est l'année dernière tout au moins que son attention a été attirée de ce côté. Elle était alors peu volumineuse, bien loin de présenter les dimensions actuelles, mais elle a grossi d'abord assez vite et en cinq à six mois, elle est arrivée à ce qu'elle est aujourd'hui; depuis elle est demeurée stationnaire. Il n'en a jamais souffert à proprement parler, mais depuis qu'elle est devenue plus

grosse, il sentait pourtant quelques tiraillements et de la pesanteur à l'aîne et dans le scrotum, surtout lorsqu'il avait travaillé trop longtemps debout.

Actuellement, en examinant le malade, on voit que la bourse gauche est augmentée de volume, bien que la peau soit restée normale à la surface de la grosseur. Au palper, on arrive sur le testicule d'abord, situé à la partie antéro-inférieure de la tumeur proprement dite, facile à reconnaître par la sensation spéciale que provoque sa compression légère, la glande séminale est séparée de la grosseur par un sillon assez profond, mais sans qu'on puisse cependant l'en isoler d'une façon complète.

Au-dessus et en arrière du testicule, remontant vers le cordon spermatique, on trouve la tumeur, volumineuse, ayant à peu près les dimensions du poing. Elle n'est pas tout à fait arrondie, mais présente la forme d'un ovoïde étranglé légèrement en son milieu, ce qui lui donne un aspect bilobé assez nettement. Cette tumeur est absolument mate et irréductible, elle n'est pas douloureuse spontanément ni à la pression, sa consistance donne une impression de rénitence et la fluctuation est manifeste. Lorsqu'on palpe avec attention le cordon et que l'on cherche à suivre le canal déférent et l'épididyme, on ne peut suivre ce dernier conduit qui disparaît complètement au niveau de la tumeur. Cependant à la partie antérieure du testicule, il semble qu'on le sente vaguement.

Du reste, le testicule est isolable de la tumeur, incomplètement il est vrai, mais suffisamment pourtant pour qu'on puisse le mobiliser un peu sur celle-ci, sans qu'elle soit entraînée dans le mouvement.

Si l'on essaie de pincer les téguments et les enveloppes qui constituent les bourses sur la tumeur ou sur le testicule, on arrive à saisir entre les doigts le feuillet pariétal de la

vaginale qui échappe bientôt. Cette séreuse est le siège d'un léger épanchement.

L'examen de la transparence, très important ici, donne les résultats suivants : inférieurement le testicule paraît opaque, au-dessus de lui est la tumeur qui laisse passer les rayons lumineux d'une façon imparfaite ; il y a de la transparence mais ce n'est pas une transparence nette et franche. Enfin à la périphérie tout à fait, il y a une mince zone parfaitement transparente et rosée, répondant au liquide épanché dans la vaginale. Il y a donc là un kyste de l'épididyme avec un léger degré d'hydrocèle vaginale. Quant à la nature du kyste, il est difficile de se prononcer ; toutefois en raison de l'imparfaite transparence, M. Le Dentu, penche vers le diagnostic du kyste spermatique.

Mais de plus, lorsque le malade tousse, marche ou fait un effort, il fait sortir une hernie inguinale gauche assez volumineuse, mais ne descendant pourtant guère dans le scrotum. En tous cas même après la toux, la hernie ne vient jamais en contact du kyste, elle en reste au contraire très nettement distante et ne paraît avoir aucun rapport avec lui. Cette hernie réductible et sonore est constituée par une entérocèle ; lorsqu'on la fait rentrer dans l'abdomen, on a du gargouillement. Si l'on explore ensuite l'anneau inguinal gauche, on constate que les piliers sont très écartés ; l'orifice est large et admet la pulpe au pouce facilement ; la paroi toute entière est très affaiblie à ce niveau, comme on peut s'en assurer en faisant tousser le malade.

On ne peut donc s'arrêter à l'hypothèse d'une hernie congénitale avec cloisonnement du canal vagino-péritonial ; d'ailleurs la date d'apparition de la hernie, l'époque à laquelle le kyste a pris naissance, enfin son siège très bas ne sauraient permettre de défendre un tel diagnostic.

Ce malade est opéré le 11 février 1896 par M. Le Dentu.

Anesthésie à l'éther. Incision sur la tumeur, verticale suivant son grand axe ; le bistouri sectionne jusqu'à la vaginale qui contient un peu de liquide citrin.

Dans la cavité de la séreuse ouverte, on voit le kyste de l'épididyme, situé en arrière, assez volumineux et bridé par un tractus fibreux à peu près transversal qui lui donne l'aspect bilobé. Ce kyste est disséqué assez facilement et extirpé ; mais il en existe un autre plus petit des dimensions d'une petite cerise et situé plus en avant sur l'épididyme ; on l'enlève également et le point d'insertion est cautérisé par l'attouchement avec la solution de chlorure de zinc. Suture en surjet au catgut de la tunique vaginale ; suture des téguments au crin de Florence, drainage au point déclive.

Le 15 février, on fait le premier pansement et on enlève le drain par lequel aucun suintement suspect n'avait eu lieu. Le 17 février, on enlève le pansement pour retirer les fils de suture cutanée : le pansement est complètement souillé d'urine et les bourses sont un peu infiltrées. Légère suppuration au niveau des deux fils les plus inférieurs. Les points de suture sont néanmoins retirés et après une pulvérisation phéniquée, on remet un pansement humide.

Le 25 février, il y a encore un peu de suppuration au niveau du trajet du drain. L'état général est très bon.

Depuis, le point où la réunion a manqué, a bourgeonné et s'est vite oblitéré, et le 11 mars, le malade a pu quitter l'hôpital complètement guéri des ses kystes de l'épididyme.

L'examen du liquide du grand kyste a montré qu'il contenait beaucoup de spermatozoïdes ce qui avait déjà été prévu au cours de l'opération à cause de sa coloration grisâtre un peu opaque et de son aspect épais et filant. Au contraire, le contenu du petit kyste était parfaitement limpide et citrin ; examiné au microscope, il ne contenait pas de spermatozoaires.

OBSERVATION III

(Service de M. Pegrot, recueillie par Souligoux) Thèse de Dominguez.

Le nommé D... Léon, âgé de 23 ans, journalier, s'est présenté à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour une hernie qui, disait-il, le gênait beaucoup pour travailler. Cet homme raconte que non seulement son bandage n'empêchait pas sa hernie de sortir, mais qu'il lui était impossible de le supporter à cause des douleurs qu'il déterminait.

En examinant cet homme, on remarque l'absence de testicule dans la bourse gauche, et on le retrouve dans le canal inguinal; il a conservé sa sensibilité spéciale à la pression et c'est ce qui explique les phénomènes douloureux empêchant le malade de bénéficier de son bandage. En poursuivant l'examen, on sent au-dessus du testicule une petite tumeur. Avait-on affaire à l'épididyme ou à un kyste de ce conduit? C'est à cette dernière opinion que l'on s'arrête, réformant le diagnostic de hernie qui avait été posé. En faisant tousser le malade, la tumeur subissait un mouvement d'impulsion. Le malade réclamant énergiquement une opération, on se décide à intervenir.

Après l'incision du canal inguinal, on trouve un testicule sain en apparence mais moins développé que celui du côté opposé. L'épididyme est moins volumineux et tous les éléments du cordon sont dissociés.

Le diagnostic était juste et la petite tumeur reconnue au palper était bien un kyste de l'épididyme; on la voyait appendue au voisinage de la tête de ce conduit; elle atteignait le volume d'un œuf. Le liquide qu'elle contenait était analogue à celui d'un hydrocèle et parfaitement transparent.

Au moment où l'on examinait le testicule et la tumeur, le malade se mit à tousser et l'on vit à l'orifice interne du

canal inguinal apparaît une pointe de hernie, aussi on pratique la castration et on procède à la cure radicale.

En somme, nous nous trouvions en présence d'un malade réclamant une intervention parce que le port d'un bandage lui était impossible, son testicule réagissant douloureusement à la compression. Guérison rapide et réunion par première intention.

La pièce est examinée au laboratoire de M. Poirier. On constate alors que le kyste volumineux occupe la tête de l'épididyme; on cherche à injecter le canal, mais les parois peu résistantes se rompent avant que le mercure soit arrivé au niveau de la tête. L'injection par le kyste ne donne aucun résultat; on incise alors la poche; il s'en échappe un liquide contenant en suspension des débris épithéliaux, appartenant, comme le montre le microscope à un épithélium cylindrique cilié. On ne trouve à la loupe aucune ouverture du côté du testicule et de l'épididyme.

OBSERVATION IV

(Service de M. Reynier, recueillie par M. Souligoux).

Thèse de Dominguez.

Le nommé Hennéq..., âgé de 45 ans, manoeuvre, entre le 11 octobre 1889, dans le service de M. Reynier, hôpital d'Ivry, salle Broca lit n° 7. Cet homme a toujours eu une santé excellente sauf une bronchite assez forte, qui a duré une quinzaine de jours, il y a deux ans. Pas de maladie vénérienne, pas de tuberculose ni de rhumatisme.

Le 7 octobre, en faisant un effort pour soulever des pavés, il a ressenti une vive douleur au niveau de l'anneau inguinal droit : il a néanmoins continué son travail pendant

la matinée; mais il a dû s'arrêter dans la soirée à cause de la douleur qui a du reste continué à augmenter pendant la nuit, en même temps que se développait une tuméfaction assez considérable du côté du testicule droit. L'épanchement a continué à s'accroître jusqu'au matin, puis il est resté stationnaire. C'est à cause de lui que le malade vient consulter, car la douleur a totalement disparu. Nous devons ajouter que le moral est profondément affecté et l'inquiétude considérable.

A ce moment la bourse droite est très volumineuse, elle affecte une disposition piriforme à sommet supérieur répondant à l'anneau inguinal externe. Cette tuméfaction est rénitente comme dans le liquide comprimé; on sent en arrière le testicule et à la pression on y détermine une douleur beaucoup plus vive que du côté sain.

Il n'y a pas de sonorité, la fluctuation est nette, et l'examen à la lumière montre que la tumeur est transparente.

Le 15, on pratique une incision et on tombe immédiatement après l'ouverture de la vaginale sur une vaste poche située en dehors et au-dessus du testicule; elle présente quelques légers diverticules et n'est pas absolument lisse. On l'ouvre à son tour, et il s'en échappe une grande quantité, 470 grammes, d'un liquide jaunâtre ressemblant à un mélange de lait et de bouillon.

La poche est mince et recouverte d'une toile, probablement la celluleuse sur laquelle rampent de nombreux vaisseaux. Le testicule paraît sain.

L'examen microscopique du liquide pratiqué par M. Pillet a montré l'existence de nombreux corpuscules graisseux et de spermatozoïdes assez abondants.

A la suite de l'opération, il y eut des douleurs lombaires assez vives exaspérées par le moindre mouvement et accompagnées parfois de sensations d'étouffement. Guérison simple

sans suppuration : le malade part entièrement guéri au bout de quelques jours,

Il s'agissait bien là d'un kyste spermatique déterminé par un effort.

OBSERVATION V (Thèse de Bouju)

Le nommé Théodore L., âgé de 63 ans, entre à la Maison départementale de Nanterre. Il se présente à l'Infirmierie pour une affection des bourses, en mai 1891.

Cette affection est apparue il y a quelques mois : elle a évolué sans causer la moindre douleur ; c'est à cause de son volume et de la gêne qui en est le résultat que le malade vient nous consulter.

Dans la bourse gauche existe une tumeur, qui n'a pas une forme régulière. Elle forme une masse du volume d'une grosse orange. La peau des bourses n'est pas intéressée ; elle glisse facilement sur la profondeur.

On reconnaît dans cette tumeur plusieurs parties : d'abord, à la surface, le canal déférent qui court en arrière : au-dessous, à la partie inférieure, un lobe du volume et de la consistance du testicule et qui révèle, à la pression, la sensibilité spéciale de cet organe. Enfin, en avant du cordon au-dessus du testicule, se trouve une poche fluctuante, quoique bien tendue qui est ovoïde, à grand axe dans la hauteur, et qui présente cependant une dépression dans sa partie moyenne sur un petit diamètre.

Comme complément d'examen, ajoutons qu'il existe une transparence parfaite de la partie liquide. Entre le testicule et la tumeur, il est impossible de retrouver l'épididyme ; il semble que celui-ci est transformé en totalité en cavité

kystique. L'extirpation est pratiquée le 11 mai 1891 sous le chloroforme avec toutes les précautions antiseptiques.

Le kyste s'énuclée facilement malgré quelques brides fibreuses, il adhère à la partie antérieure de l'épididyme, en passant entre les deux feuillets de réflexion de la vaginale testiculaire ; cette vaginale elle-même ne lui adhère que sur une très petite étendue.

Nous voyons en outre que la tumeur kystique principale, se compose de deux grands kystes et de plusieurs petits ; ainsi se trouve expliquée la dépression sentie à la partie moyenne de la principale tumeur ; et ainsi se trouve justifiée l'extirpation. Les kystes sont enlevés ; l'épididyme reste intact, sauf une petite blessure ; la vaginale est ouverte sur une petite étendue. Enfin vers la partie antérieure, entre l'épididyme et le testicule, quelques trous béants se montrent à la surface de section, dans le voisinage de la tunique albuginée, et font supposer qu'on a sectionné quelques canaux épидидymaires très dilatés.

Les suites de l'opérations furent simples : réunion par première intention le 17 mai. — Le malade sort guéri le 22 mai, mais il n'a pu être examiné depuis.

OBSERVATION VI (Thèse de Bouju)

B... Pierre, âgé de 67 ans, menuisier, entre à l'infirmerie de la maison départementale de Nanterre, le 26 juin 1894, pour une tumeur volumineuse qui siège dans la bourse gauche et qui paraît présenter les caractères d'un kyste de l'épididyme.

La peau glisse à sa surface, le cordon se sent en arrière, le testicule est perceptible en bas, reconnaissable à sa forme et à sa sensibilité spéciale.

Cette tumeur est arrondie, mesure dix centimètres sur douze ; elle est fluctuante, transparente et donne à la ponction exploratrice, un liquide citrin dans lequel on n'a pas constaté de spermatozoïdes.

La palpation du canal déférent et de la queue de l'épididyme permet d'affirmer le diagnostic de kyste de l'extrémité antérieure de l'épididyme.

Opération sous chloroforme, avec toutes les précautions antiseptiques, le 6 juillet 1894. — La tumeur est facilement décortiquée ; on arrive sur son pédicule gros comme un manche de porte-plume, placé sur la tête de l'épididyme, en avant et un peu en dedans. Il n'y a pas d'autres kystes.

La tunique vaginale est intacte, le pédicule étant placé entre les deux culs de sac qu'elle forme par réflexion. La vaginale est ouverte pour examiner le testicule qui est normal.

Suture de la vaginale et d'une petite plaie de l'épididyme au catgut.

Suture des bourses au crin de Florence.

Aucune suite opératoire.

Le malade quitte la maison, le 16 septembre, complètement guéri déjà depuis plusieurs jours.

OBSERVATION VII (Thèse de Bouju).

Un homme de 66 ans, ancien employé de chemin de fer, très bien conservé, très vigoureux, vient consulter pour une tumeur des bourses, en décembre 1895.

Cette tumeur a débuté il y a quatre ans environ, sans déterminer de douleurs : elle ne s'est révélée que par l'augmentation de volume et de poids ; elle donna la sensation d'un troisième testicule.

État actuel. — La tumeur siège dans la bourse gauche : elle atteint le volume d'une orange ; la peau n'offre pas d'altération de couleur ni de mobilité sur les parties profondes.

Il n'y a pas de douleurs spontanées : quand on palpe la tumeur, on constate que, à sa partie inférieure, elle est très manifestement fluctuante, comme un hydrocèle à parois minces. On peut reconnaître le testicule à sa forme, sa consistance et la douleur caractéristique que sa pression révèle.

Plus haut, au-dessus du testicule, la tumeur change de caractère ; elle est dure, elle semble former une capsule qui coifferait le testicule et la consistance s'éloigne beaucoup de celle de l'hydrocèle sous-jacente.

A cause de l'hydrocèle vaginale, on ne peut délimiter exactement la partie indurée, mais on reconnaît manifestement une tuméfaction surajoutée au testicule. L'hydrocèle est transparente dans sa partie molle ; la transparence disparaît au niveau de la partie indurée qui est douloureuse.

Il y a trois semaines environ, on a essayé de ponctionner cette hydrocèle qui a donné du liquide citrin. Mais à la suite de cette ponction, il s'est produit une série d'accidents, tels que gonflement de la verge, survenu en un quart d'heure ; teinte ecchymotique survenue un ou deux jours plus tard ; douleurs violentes dans toute la région. Cependant il n'y avait eu d'injection d'aucune nature.

Le médecin qui avait fait la ponction, avait parlé d'une tumeur maligne, accompagnée (masquée) d'un hydrocèle et avait conclu à la castration.

Le malade terrifié par les résultats de la première intervention et la menace de la deuxième, était venu se mettre entre nos mains.

Il nous parut que la tumeur s'était bien limitée à l'épi-

didyme globuleuse ; pas de douleurs spontanées, ni de propagation au cordon ni au testicule, ni aux ganglions ; pas d'adhérences à la peau ; bon état général. Diagnostic : kyste de l'épididyme avec hydrocèle.

Opération le 5 janvier 1896.

Incision de l'hydrocèle : on voit une masse globuleuse, grosse comme une noix dépendant de la tête de l'épididyme, c'est un kyste unique à parois épaisses qui put être énuclée.

Il emporte avec lui une partie de l'épididyme et des cônes efférents ; mais il en reste en arrière un certain nombre.

La blessure de l'épididyme est fermée au catgut ; les bords de la vaginale sont rapprochés au catgut et les téguments sont suturés au crin de Florence.

Pas de drainage, l'antisepsie ayant été rigoureuse, huit jours après, la plaie était cicatrisée. Vingt jours après l'opération, le malade sort guéri.

Revu à la fin de janvier 1896, il va très bien.

TRAITEMENT

Le traitement est évidemment chirurgical ; on sait en effet que le liquide n'a aucune tendance à se resorber.

Mais faut-il donner la préférence à la ponction simple, à la ponction suivie d'injection iodée, ou à l'incision ou enfin à l'extirpation ?

Les tentatives des ponctions simples sont restées sans résultat. Elles n'ont guère servi qu'à montrer que les spermatozoaires se reproduisaient dans la poche avec le liquide après l'évacuation. La ponction simple donne la certitude d'une récurrence rapide et ce n'est qu'un moyen palliatif à rejeter.

La ponction suivie d'injection iodée ne semble pas mettre plus à l'abri des récurrences. D'après les statistiques de Gosselin, Stoltz, Billroth, Curling, Wendling, Spalinger et la thèse de Sarrot, on peut s'en convaincre facilement. Du reste, Reclus montre que les résultats peuvent non seulement être nuls, mais encore mauvais ; en effet, l'action irritante de la solution injectée n'est pas facile à contrôler, à sur-

veiller. De plus, l'injection et la ponction ne peuvent donner de bons effets dans les kystes multiloculaires ; enfin, cette méthode ne saurait en aucune façon permettre d'atteindre les petits kystes douloureux, ni ceux qui peuvent accompagner les grands kystes et auxquels Bouju attribue la plupart des récidives.

Autrement sûre et bien plus chirurgicale est l'extirpation. Cette opération faite avec soins et propreté (asepsie rigoureuse), donne toujours de bons résultats et met à l'abri des récidives. Elle permet de se rendre exactement compte de la disposition du kyste, de son point d'implantation et de la présence possible de petits kystes accessoires. Par là même elle est très supérieure à toutes les autres méthodes.

On fera donc une incision sur la tumeur même, coupant couche par couche tous les tissus jusqu'à sa surface immédiate. L'ouverture de la vaginale est parfois nécessaire, mais elle n'augmente en rien la gravité de l'intervention, pourvu que l'opérateur se soit sérieusement préoccupé de l'asepsie dont il ne doit jamais se départir.

Le kyste sera ainsi disséqué, énuclée en quelque sorte jusqu'à son pédicule ; celui-ci sera ensuite sectionné. Si l'épididyme se trouve lésé en un point, l'étendue de cette lésion est très minime, et une simple cautérisation avec le thermo-cautère, ou plus simplement avec la chlorure de zinc suffiront presque toujours en ce cas. D'ailleurs un point de

suture serait là facile à poser pour reconstituer la paroi du canal.

C'est donc nettement en faveur de l'extirpation que nous nous prononçons, d'autant qu'à la faveur de l'incision on peut faire en même temps la cure de l'hydrocèle, de la hernie, du varicocèle, toutes affections qui coexistent souvent avec le kyste.

En un mot, ce procédé, que nous croyons le meilleur et qui met le plus sûrement à l'abri des récidives, est moins dangereux que tous les autres et se montre seul sûrement curatif.



CONCLUSIONS

I. On a proposé plusieurs théories pour expliquer la genèse des kystes de l'épididyme.

II. Ces théories peuvent se grouper ainsi :

1° Rupture d'un tube.

2° Dilatation des voies spermatiques.

3° Origine Wolffienne.

4° Origine séreuse.

5° Origine lymphatique ou sanguine.

III. On ne peut admettre l'une de ces théories à l'exclusion des autres ; des faits bien observés arguent en faveur de chacune. Mais la dilatation des voies séminales et l'origine wolffienne semble répondre à la majorité des cas.

IV. Au point de vue symptomatique, il faut attribuer une grande valeur à la mobilisation du testicule sur la tumeur.

V. Les kystes spermatiques sont souvent transparents ; alors que les kystes non spermatiques peuvent très bien ne pas l'être (cristaux de cholestérine, corpuscules graisseux, sang épanché, parois épaisses).

VI. Le traitement le meilleur à tous points de vue et le plus sûr est l'extirpation faite avec soin et en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

